

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 198

L'IRITIS ZOSTÉRIENNE et ses Complications

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 Février 1924

PAR

Nicolas ANDJELKOVITCH

né à NÉGOTIN (Serbie) le 15 Décembre 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

L'IRITIS ZOSTÉRIENNE ET SES COMPLICATIONS

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 198

L'IRITIS ZOSTÉRIENNE et ses Complications

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 Février 1924

PAR

Nicolas ANDJELKOVITCH

né à NÉGOTIN (Serbie) le 15 Décembre 1895



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAMZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales..... MM. BARD.
Cliniques chirurgicales..... ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements..... TIXIER.
Clinique ophtalmologique..... BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique..... ROLLET.
Clinique des maladies des enfants..... NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes..... LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... WEILL.
Clinique des maladies des voies urinales..... X...
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie..... LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..... ROCHET.
Chimie biologique et médicale..... NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie..... CLUZET.
Matière médicale et Botanique..... HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale..... MOREL.
Anatomie..... BRETTIN.
Histologie..... GUIART.
Physiologie..... LATARJET.
Pathologie interne..... POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales..... DOYON.
Anatomie pathologique..... COLLET.
Chirurgie opératoire..... MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... PAVIOT.
Médecine légale..... VILLARD.
Hygiène..... ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie..... Etienne MARTIN.
Pharmacologie..... COURMONT (P.).
X.
X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe..... MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie..... CONDAMIN.
— — Chimie minérale..... BARRAL.
— — Urologie..... GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique..... MM. PATEL.
Orthopédie..... LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance..... CHATIN.
Chirurgie expérimentale..... LERICHE.
Stomatologie..... TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président; DUROUX, assesseur;
SANTY et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA PIEUSE MÉMOIRE DE MON FRÈRE

BOCHKO ANDJELKOVITCH

Mort pendant la Grande Guerre

Sa modestie et son travail, sa haute
conception du devoir professionnel,
resteront toujours pour nous notre
idéal.

A MES CHERS PARENTS

Je leur dois tout.

Leur vie droite et laborieuse, faite d'abnégation et de sacrifice, restera toujours pour moi le meilleur des exemples.

Je leur dédie ce travail, faible témoignage de toute ma fervente tendresse et de ma filiale reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

Un souvenir fraternel.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur*

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous fait le grand honneur de
la présider ; nous le prions de croire
à la sincérité de nos sentiments très
respectueux et très reconnaissants.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DES HÔPITAUX DE LYON

L'IRITIS ZOSTÉRIENNE ET SES COMPLICATIONS

Introduction.

Depuis que Hutchinson, en 1866, a attiré l'attention sur le zona ophtalmique, de nombreux auteurs ont consacré de longs articles à l'étude de cette affection. C'est dire, qu'à l'heure actuelle, cette question est mieux connue qu'autrefois. Mais, de nombreux travaux publiés dans ses dernières années sur ce sujet, ce sont surtout ceux sur les lésions oculaires au cours de herpès zoster ophtalmique qui ont été discutés avec soin.

Longtemps considérées comme peu fréquentes, ces lésions oculaires ont été mises en évidence dans ces dernières années par M. le Professeur Rollet, qui a insisté sur leur fréquence au cours du zona ophtalmique.

Nous n'avons pas l'intention de traiter dans notre travail d'une façon complète, ni le zona ophtalmique, ni toutes les lésions oculaires. Ce sont les phénomènes multiples du côté de l'iris au cours du zona ophtalmique que nous nous proposons d'étudier avec plus de détails.

Nous ne voulons pas terminer nos études médicales, sans remercier les Maîtres qui nous ont appris à aimer une profession digne entre toutes d'admiration et de respect.

Nous sommes heureux de placer en tête de ces lignes un hommage de respectueuse gratitude à M. le Professeur Rollet. Il a été pour nous un Maître dévoué et bienveillant. Nous lui sommes redevable de toutes nos connaissances ophtalmologiques, qu'il nous enseignait avec une grande expérience et une charmante complaisance. Enfin, il nous a confié le sujet de cette thèse, nous aidant sans cesse de ses conseils; nous ne saurions trop lui exprimer toute notre reconnaissance.

Nous tenons en terminant cette introduction à remercier M. le Docteur Bussy, chef de laboratoire de la Clinique Ophtalmologique de Lyon, et M. le Docteur Colrat, ancien interne des Hôpitaux, qui nous ont toujours reçu avec la plus grande amabilité et dont les conseils nous ont été particulièrement précieux. Nous les prions d'agréer la respectueuse expression de toute notre reconnaissance.

1

CHAPITRE PREMIER

Aperçu général sur le Zona ophtalmique et ses lésions oculaires.

Le zona ophtalmique est caractérisé par une éruption qui s'effectue suivant le trajet anatomique de la *branche de Willis*. M. le Professeur Rollet, dans un de ses articles sur le zona ophtalmique et le zona oculaire, a essayé de montrer que le zona ophtalmique était une entité clinique, assez fréquemment observée chez le vieillard, et que cette affection est systématisée, unilatérale, caractérisée par une triade symptomatique : *l'éruption, la douleur et les lésions oculaires*.

Le début du zona ophtalmique est marqué par l'apparition des douleurs névralgiques très vives. Les symptômes généraux font presque toujours défaut. Peu ou presque toujours pas de fièvre. Les malades souffrent, ont de l'insomnie, mais ils circulent et ne

s'alitent pas. M. Rollet cite un de ses malades qui a présenté même de l'hypothermie légère pendant toute la durée de son exanthème.

La triade symptomatique étant admise, examinons brièvement les caractères.

Les douleurs de début persistent à la période éruptive et aussi à la période de cicatrisation ; elles sont rebelles, continues, durent des mois et à part la souffrance de la peau (dermalgie), il y a surtout douleurs profondes intracrâniennes, parfois à type causalgique ou parfois en rapport avec lymphocytose rachidienne (*Brissaud et Sicard*).

L'éruption zosterienne apparaît sur le territoire de la distribution du nerf ophtalmique ; ce sont les vésicules groupées sur une plaque rouge irritative. Mais, sans nous attacher à rappeler la morphologie bien connue de cette éruption, nous insisterons plutôt sur le territoire envahi par elle. C'est une éruption se localisant à l'une ou à la totalité des branches wilianique, d'où plusieurs variétés. L'éruption zostérienne étant presque toujours unilatérale, le type de zona ophtalmique total nous présente *un ensemble de zona frontal, nasal, lacrymal* et avec notre maître, M. le Professeur Rollet, nous ajoutons *le zona oculaire*.

Le zona frontal. — Le zona frontal est le type du zona ophtalmique partiel. Le nerf frontal, à sa sortie du trou orbitaire émet ses rameaux ascendants ; à ses rameaux correspondra une éruption bien caractéristique ; quant aux rameaux descendant du frontal ex-

terne correspondra un œdème palpébral supérieur inflammatoire, très caractéristique, et que l'on note dans presque tous les cas. On a même noté dans cette forme des lésions oculaires graves.

Le zona lacrymo-temporal. — Cette forme est caractérisée par une large éruption temporale et même *temporo-malaire*. C'est une forme très intéressante, notée dans quelques cas (*Barber*) et décrite par M. le Professeur Rollet (*Soc. de Médecine de Lyon*, juillet 1896)). M. Rollet a essayé d'expliquer cette forme en se basant sur la distribution anatomique des filets terminaux du nerf lacrymal. Il estime que l'exanthème temporal avec hypersécrétion lacrymale est insuffisamment expliqué par la description anatomique actuelle, de quelques minces filets *palpébro-temporaux* issus de l'ophtalmique ; il est, au contraire, nettement élucidé par les idées des anciens anatomistes. Il fait admettre, suivant l'éruption *zostériennes*, chez certains sujets tout au moins, *que les nerfs lacrymo-palpébraux et temporaux malaires font réellement partie de l'ophtalmique et ont la même origine centrale.*

Le zona nasal. — C'est à cette forme qu'on a rattachée beaucoup d'importance pour les troubles oculaires. Hutchinson, à qui revient l'honneur d'avoir attiré l'attention sur le zona ophtalmique, pensait que les lésions oculaires s'observent seulement, quand le nez est envahi. Cependant, nous savons aujourd'hui que cette loi souffre des exceptions, car les troubles oculaires s'observent quand l'éruption nasale manque

(Rollet). Ce zona nasal accompagne parfois le zona fronto-temporal ; dans ce cas, on constate l'éruption au tégument de la racine du nez, filets terminaux du nasal externe et aussi au lobule du nez. L'éruption est ainsi très typique, elle manque plus fréquemment que la lésion frontale.

Les manifestations oculaires. — Les troubles oculaires au cours du zona ophtalmique, constatés depuis longtemps, ont été étudiés surtout dans ces dernières années par M. le Professeur Rollet. Autrefois on les considérait comme peu fréquentes. Pacton estime qu'elles se voient dans 70 % des cas de zona ophtalmique. Par contre, M. Rollet les constate presque toujours. « Il faut alors, disait M. Rollet, chercher un signe de haute valeur, car le malade n'attirera l'attention sur cela et *qui consiste en l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive. Ce signe bien décrit par de Lapersonne et Cantonnet, doit être recherché soigneusement dans toutes les parties de la cornée.* »

Du côté de la conjonctive les lésions sont bénignes : une simple hyperémie avec hypersécrétion lacrymale, rarement des ulcères, mais plus fréquemment des papules.

Par contre, la cornée est très fréquemment lésée, et peut être siège depuis la lésion banale (vésicule, ou plus exactement plissement épithélial grisâtre), jusqu'à l'ulcération résultant de la solution de continuité de la couche épithéliale. Si, à ce moment, des soins antiseptiques rigoureux ne sont pas appliqués, la kératite devient purulente et prend une ten-

dance envahissante. La gravité est énorme, car la panophtalmie avec la fonte de l'œil peut en résulter. Enfin M. Rollet note aussi une kératite parenchymateuse circonscrite, sans altération épithéliale superficielle.

La localisation du processus zostérien sur la membrane irienne est soit primitive, soit secondaire à un ulcère cornéen devenu infectieux. Nous allons insister dans les chapitres suivants sur ces lésions iriennes, car ce sont elles que nous nous proposons d'étudier.

En outre de l'hémorragie de la chambre antérieure, nous ne ferons que signaler les lésions oculaires profondes, d'ailleurs rares : *les hémorragies rétinienne*s.

Les troubles pupillaires en dehors de toute iritis peuvent s'observer au cours du zona ophtalmique (*myosis*). Ces troubles pupillaires s'expliquent par l'altération du sympathique. La participation des ganglions sympathiques, les lésions ganglio-radiculo-sympathiques décrites par Sicard, Roger, Vernet résument *le zona sensitivo-sympathique*. M. Rollet cite un homme de 57 ans qui, atteint de zona ophtalmique régressif, présentait le syndrome complet : anesthésie absolue cornée-conjonctivale, *myosis*, *énophtalmie*, *demi-ptosis*.

Par extension du processus le long des filets nerveux périphérique ou de proche en proche, les nerfs moteurs oculaires peuvent être intéressés ; l'anastomose de l'ophtalmique avec divers nerfs moteurs oculaires nous explique cette propagation. Des paralysies, d'ailleurs assez rares qui en résultent, notons :

la paralysie faciale, la cycloplégie, l'iridoplégie, paralysie partielle ou totale du moteur oculaire commun, plus rarement des nerfs moteurs oculaires externe et pathétique.

La pathogénie du zona ophtalmique a été l'objet de nombreuses théories diverses. Landouzy décrivait deux types de zona, l'un zona essentiel, maladie infectieuse, spécifique et immunisante, à localisation nerveuse, et l'autre symptomatique de syphilis, d'intoxications diverses avec l'éruption zostériforme. Par contre, Brissaud n'admet que zona apyrétique, une éruption zostériforme, expression symptomatique d'une lésion du pied du pédoncule cérébral.

Avec les théories actuelles, il semble qu'on peut conclure que le zona relève d'une lésion de l'axe cérébro-spinal, mais principalement d'une lésion *ganglio-radulaire*. En effet, sur les deux autopsies du zona ophtalmique faites par Thomas et Heuyer on a trouvé les lésions inflammatoires localisées au ganglion de Gasser s'associant à des lésions dégénératives et hémorragiques du trijumeau, et « principalement au niveau du nerf ophtalmique, de l'appareil ciliaire et même dans un cas de la racine descendante bulbo-protubérantielle du trijumeau ».

La lésion zostérienne, d'ailleurs admise, est une ganglio-radiculite, à laquelle correspondra l'évolution d'une dermatose éruptive et vésiculeuse sur le trajet du nerf atteint par le zona. Et cette ganglio-radiculite sera causée par le virus zostérien mais surtout par les processus toxi-infectieux les plus divers, spécialement chez le vieillard.

En résumé, la récapitulation de ces manifestations oculaires du zona ophtalmique permet, ainsi que le dit M. le Professeur Rollet, « *de ranger sous le terme de zona oculaire les diverses lésions superficielles ou profondes passées en revue et qui sont sous la dépendance des troubles du système ophtalmique qui commande tout le réseau nerveux ciliaire* ».

CHAPITRE II

Les Iritis zostériennes et leurs Formes cliniques.

La participation de l'iris au cours du zona ophtalmique est connue depuis longtemps. Hybord estimait que cette lésion est peu fréquente, car sur 98 observations rapportées dans sa thèse, il ne la constate que 20 fois, dont 16 fois avec la kératite et 5 fois seulement iritis isolée. Par contre, nous savons aujourd'hui que les lésions iriennes sont aussi fréquentes que les autres lésions oculaires.

Les observations montrent que ce sont les sujets plus âgés et plus particulièrement les vieillards, du reste, comme pour le zona ophtalmique, chez qui on observe ses manifestations iriennes. C'est dire que dans le jeune âge il est rare de la voir ; cependant on a signalé des cas où l'iris serait atteint. Ce ne sont là que des exceptions. Desobry, dans sa thèse « le zona ophtalmique chez l'enfant », sur 22 cas observés n'a signalé aucun cas d'iritis.

Nous voulons remarquer tout de suite, que cette lésion, comme d'ailleurs les autres lésions oculaires, étant considérée comme complication du processus zostérien, n'a pu être regardée autrement que comme une manifestation zostériforme. Ce n'est que depuis 1920, en pénétrant plus profondément dans la nature du zona en général et du zona ophtalmique en particulier, qu'on a pu grouper ces lésions oculaires sous le terme de « zona oculaire » (Rollet).

Déjà, en 1906, M. Morax, en étudiant les lésions oculaires au cours du zona ophtalmique, écrivait dans son article : « L'iritis accompagne habituellement les lésions cornéennes et l'on pourrait se demander s'il ne s'agit pas en l'espèce d'une réaction infectieuse légère, dont la lésion cornéenne a été le point de départ. Mais si cette explication peut s'adapter à un certain nombre de faits, *il n'en est plus ainsi lorsque l'iritis survient seule en l'absence de toute lésion cornéenne*. Pour ces cas, dont le nombre il est vrai, n'est pas très considérable, il est nécessaire d'admettre *que l'iritis est une manifestation directe du zona au même titre que l'éruption vésiculeuse*. Le début de l'iritis coïncide le plus souvent avec celui de la kératite, mais il peut la précéder (Bowmann) ; il est toujours postérieur à l'apparition de l'éruption cutanée. Il s'agit en générale d'une iritis d'intensité moyenne donnant lieu à quelques synéchies postérieures, que l'atropine rompt sans difficulté ; l'iris est un peu décoloré et les phénomènes réactionnels ne sont jamais très intenses. Dans un cas de Mochev, il se produisit sur l'iris de petits nodules qui disparurent

rapidement en donnant lieu à des hémorragies dans la chambre antérieure. La durée de l'iritis ne dépasse guère deux ou trois semaines. »

Mais c'est surtout à M. le Professeur Rollet, qu'il revient mérite d'avoir mis en évidence cette question de lésions oculaires, en insistant sur leur constance au cours de l'herpes zoster ophtalmique ; *en les qualifiant zostériennes et non zostériformes* comme le prétendait autrefois les auteurs.

« Du côté de l'iris — disait M. Rollet, dans son article sur le zona oculaire — les phénomènes multiples ne sont pas moins intéressants. Au cours d'un ulcère cornéen devenu infectieux, on peut voir apparaître des troubles iriens secondaires de même nature. Bien plus intéressante est *l'iritis primitive*, dont j'observe deux exemples en ce moment. *C'est une iritis à dépis-ter*, pour prévenir des synéchies postérieures sérieuses. Cette iritis s'accompagne d'un cercle péricératique à peine dessiné, elle est latente. Je la comparerais volontiers à l'iritis syphilitique secondaire précoce, à un double point de vue : sa forme clinique identique, caractérisée par l'allure insidieuse et son apparition essentiellement liée à la poussée exanthémateuse. Cette iritis peut être légère, il faut la rechercher, ailleurs elle devient grave. »

Il faut toujours au cours du zona surveiller l'ophtalmotonus, disait M. Rollet, car dans le cas d'iridocyclite observé on a noté de l'hypotonie. Cette diminution manifeste de la tension intra-oculaire signalée par Horner a été souvent notée par Goldzicher, Horstemann. En outre, en 1920, M. le Professeur Rol-

let déclare dans son mémoire sur le zona oculaire au sujet des variations de l'ophtalmotonus au cours du zona ophtalmique, qu'en dehors de l'hypotonie survenu avec l'irido-cyclite, on peut voir au contraire survenir glaucome secondaire. Nous tenons en effet à rappeler que les complications glaucomateuses ont été surtout mises en vedette par M. Morax, comme complications touchant l'ophtalmotonus au cours du zona.

Les Formes cliniques.

Nous rapportons ici dix-sept observations d'iritis au cours du zona ophtalmique, dont dix ont été recueillies au service de M. le Professeur Rollet. Nous les groupons en deux grandes classes :

I. — Les iritis zostériennes primitives :

- 1° à formes séreuse, plastique, hémorragique ;
- 2° Les iritis zostériennes compliquées d'hypotension, d'hypertension et d'infiltration cornéenne.

II. — Les iritis secondaires ou infectieuses, consécutives à un ulcère cornéen devenu infectieux :

- à formes séreuse, plastique purulente.

I. — LES IRITIS ZOSTÉRIENNES PRIMITIVES

a) *Forme séreuse.* — Ce sont des iritis bénignes, mais qui peuvent devenir graves. Elles sont limitées à la membrane épithéliale, qui tapisse la face antérieure de l'iris. Cette forme est le plus souvent rencontrée ; elle se manifeste à l'éclairage oblique. En outre, cercle péricératique, photophobie, douleurs. Il peut exister un changement de couleur. La pupille devient paresseuse ; elle peut être rétrécie. Cette iritis apparaît généralement en même temps que l'éruption, mais peut lui être postérieure ; elle présente une évolution lente et peut rétrocéder de même, ne laissant comme trace qu'une paresse de la pupille, avec quelques synéchies, qui disparaissent peu à peu à leur tour.

b) *Forme plastique.* — Cette forme est caractérisée par un exsudat abondant en éléments embryonnaires, avec tendance vers l'organisation. L'iris contracte alors des adhérences avec la cristalloïde d'où résulte une déformation de la pupille, qui devient irrégulière, surtout après l'instillation de quelques gouttes d'un collyre à l'atropine. Parfois on voit se déposer à son niveau des exsudats blanchâtres qui peuvent arriver à gêner notablement la vue. C'est une iritis grave, car dans cette forme on note souvent une variation de tension oculaire.

c) *Forme hémorragique.* — Le processus herpétique se déroulant de même manière que dans la peau, peut en réaliser une abondante hémorragie de la chambre antérieure, ainsi que nous allons montrer un cas typique cité dans la thèse de Sasportas : « La localisation sur l'iris commença d'une façon aiguë au stade de production des vésicules sur la peau. Dans la nuit de très vives douleurs réveillèrent le malade. *En même temps survint une forte congestion de l'iris, injection ciliaire très marquée, coloration plus foncée de l'iris*, contraction de la pupille, chambre antérieure très profonde, humeur aqueuse un peu troublée. A ce moment on était tenté de diagnostiquer l'iritis aiguë avec exsudat plastique peu abondant. *Mais le jour suivant apparut une tuméfaction circonscrite de l'iris situé en dehors de la pupille et de la grosseur d'un petit pois.* Quelques heures plus tard les vaisseaux iriens dilatés se rompirent et l'hémorragie détruisit une partie du tissu malade. *Le sang s'accumula dans la chambre antérieure et la partie de l'iris gonflée se recouvrit de coagulum fibrineux.* »

d) *Les iritis zostériennes compliquées d'hypotonie et d'hypertonie.* — A la suite de l'iritis zostérienne nous pouvons voir survenir de l'irido-cyclite avec hypotonie (*Horner, Goldzicher*) ou au contraire un glaucome secondaire.

On trouve dans la Littérature médicale un certain nombre d'observations ayant trait à l'hypotension zostérienne et allant dans plusieurs cas jusqu'à réaliser le tableau de l'ophtalmomalacie. C'est ainsi qu'un

malade de la clinique de M. le Professeur Rollet présentait, au cours d'une iritis zostérienne, un abaissement de tension oculaire notable $T = 9$, un aplatissement cornéen qui fut mesuré à l'exophthalmomètre et indiqua une différence de 2 millimètres entre l'œil sain et l'œil malade. Le fente palpébrale était rétrécie et la cornée présentait un astigmatisme d'une irrégularité absolue, puisque dans le cas en question, la mire de l'ophthalmomètre de Javal était complètement brouillée et devenue méconnaissable. Egalement le malade présentait du myosis, larmolement et de la photophobie.

Morax estime, qu'il y aurait deux types de glaucome au cours du zona ophtalmique ; *l'un apparaissant dès le début, consécutivement à des phénomènes d'hypertension, sous forme de glaucome secondaire à l'irido-cyclite*, l'autre glaucome peut être latent et devenant manifeste par le fait du zona qui a provoqué de l'hypertension.

L'hypertension étant souvent méconnue et les instillations de l'atropine donnant un résultat opposé à celui que l'on recherche ; il importe de bien connaître l'existence possible de glaucome, non seulement en tant que lésion secondaire à l'irido-cyclite, mais en tant que lésion primitive afin de pouvoir le traiter.

Dans un cas de Morax on constata du côté de l'œil gauche des modifications manifestes : « C'est, d'une part, une vascularisation scléro-conjonctivale modérée sans modification superficielle, sans perte de substance épithéliale. La cornée paraît néanmoins un peu moins transparente que celle de droite ; à la loupe on

reconnaît facilement la raison de ce trouble léger résultant d'un dépôt de précipités à la face postérieure de la cornée. La pupille est dilatée, elle laisse voir sur la cristalloïde antérieure d'assez abondants dépôts pigmentaires. Ces dépôts rendent difficile l'exploration du fond de l'œil. La tension de l'œil gauche est nettement plus élevée : $T + 2$ avec $+ 1$ et $V = 5/50$.»

Dans un autre cas de M. Rollet, une femme de 66 ans présentait une hypertension unilatérale marquée ($T = 50$), dans une iritis avec synéchies au cours du zona.

e) *Les iritis zostériennes accompagnées d'infiltration cornéenne.* — Quelquefois l'iris et la cornée se prennent en même temps au cours du processus zostérien. Nous avons observé à la clinique de M. le Professeur Rollet, *une véritable segmentite antérieure d'emblée* ; la cornée et l'iris ont été frappés par le processus zostérien sans infection surajoutée. A l'examen microscopique, on a trouvé opacification intersticielle de la cornée avec dépôt pigmentaire sur le Descemet; l'irrégularité irienne sans synéchies postérieures.

II. — LES IRITIS SECONDAIRES OU INFECTIEUSES
CONSÉCUTIVES A UN ULCÈRE CORNÉEN DEVENU INFECTIEUX

A la suite d'un ulcère cornéen devenu infectieux on note souvent la participation de l'iris. C'est-à-dire dans ce cas l'iritis ne relève qu'indirectement du zona. La kératite a été primitivement zostérienne mais deuxièmement il y avait des infections par microorganismes de la suppuration, et l'iritis est dans ce cas d'origine inflammatoire banale à forme séreuse pastique ou hémorragique. *Ce peut être même une iritis suppurée se terminant par panophtalmie.*

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie

Nous avons envisagé dans notre chapitre premier aussi brièvement que possible, la pathogénie du zona ophtalmique. Ici, nous ne voulons qu'ébaucher une étiologie générale, ainsi que la pathogénie des lésions oculaires, en insistant plus particulièrement sur celle de l'iritis.

En face de l'incertitude où nous sommes, concernant la spécificité du zona, nous penserions que le virus zostérien, mais surtout les processus toxi-infectieux les plus divers en sont la cause. Proust, dans sa thèse (1920), à propos de l'existence et la nature de la réaction méningée dans le zona ophtalmique écrivait : « Si l'on considère combien la plupart de ses états toxi-infectieux sont de nature à frapper le système nerveux, et en particulier le système ganglionnaire, combien au surplus ils sont susceptibles de s'accompagner d'une réaction méningée en tous points analogue à celle du zona, il est permis de se demander

si la méningite dite zonateuse n'est pas en définitive une réaction satellite de l'état toxi-infectieux considéré, dans lequel ou même dans laquelle le zona puiserait sa source. »

En résumé, la méningite zonateuse en particulier apparaît comme de même nature que l'état toxi-infectieux dans lequel elle se rencontre. La méningo-ganglite gasserienne ne représente qu'un cas particulier des lésions concomitantes des centres nerveux et de leurs enveloppes. « Tantôt la localisation ganglionnaire peut être considérée comme la première en date, tantôt la localisation méningée paraît incontestablement primitive. » *Ainsi donc, nous pouvons conclure, qu'à côté du zona avec méningite, doit prendre place le zona par méningite.*

Des divers états toxi-infectieux, causes principales de zona, une place à part doit être réservée à la *tuberculose* (Barié et Leroux, Lemonnier) et à la *sypilis* (Dupau, Boch et Schulmann); vient ensuite : le *zona pneumonique* (Talamon), le *zona ourlien* (Sicard, Apert, Margarot et Roger), le *zona grippal* (Valude, Monbrun); *intoxication: arsenicale* (Hutchinson), *oxicarbonée* (Leudet) ; *autointoxication* : le *diabète*, la *goutte*, l'*albuminurie*, l'*urémie*.

L'apparition des manifestations oculaires au cours du zona ophtalmique a tenu jusqu'ici, dans une formule connue sous le nom de loi d'Hutchinson : « *Dans le zona ophtalmique, l'œil reste intact quand l'éruption est limitée au trajet des branches frontales, et il est toujours atteint quand le côté du nez est envahi.* » Cette loi, basée sur l'innervation sensitive commune du

globe oculaire et du nez par le nerf nasal, établissait l'importance des lésions névritiques périphériques dans la genèse des manifestations oculaires, en même temps que l'impossibilité pour les nerfs ciliaires d'être touchés quand le nerf nasal d'où émanent leurs fibres sensibles, et son filet terminal interne, le nerf nasolobaire, sont eux-mêmes indemnes. Cette loi nous paraît inexacte quant à son premier paragraphe, car les troubles oculaires s'observent quand l'éruption nasale manque, ce qui du reste n'implique pas l'intégrité nerveuse. Par contre, pour le zona nasal l'observation constante des troubles oculaires est très précise (*Rollet*). C'est ainsi que le fait remarquer de Lapersonne, en disant que « le cadre de la loi d'Hutchinson est beaucoup trop étroit, car les altérations sont plus profondes et plus hautes pour expliquer les complications oculaires du zona ». Le ganglion de Gasser étant le centre trophique des fibres sensibles qui en émanent, c'est à ce niveau qu'il faut rechercher la source. Le zona ophtalmique et le zona oculaire consisteront en une lésion du ganglion de Gasser ou plus exactement en une méningo-ganglio-radculite. Ces lésions du ganglion de Gasser ont été démontrées par les observations anatomo-pathologiques d'Oscar Wyss, ainsi que par deux autopsies faites par Thomas et Heuyer, dont nous avons eu l'occasion de parler.

Aux troubles irritatifs zostériens de la branche de Willis à étiologie multiple répondra une éruption zostérienne, se traduisant du côté du globe oculaire, et le plus souvent du côté de la cornée par un ulcère d'origine trophique. Si à ce moment des soins antisepti-

ques rigoureux ne sont pas appliqués, l'ulcère devient infectieux, et alors on voit apparaître une iritis secondaire de même nature. L'apparition d'une iritis primitive sera de même nature que les autres lésions zostériennes, traduisant la participation de l'iris au processus zostérien par l'intermédiaire des filets nerveux qui commandent sa vitalité. M. Rollet l'a comparée à une iritis syphilitique secondaire précoce. Enfin, l'iris et la cornée peuvent se prendre en même temps. Dans ce cas l'infiltration intersticielle cornéenne résulte d'un processus infectieux léger, développé à la faveur des troubles trophiques cornéens.

Par l'extension du processus zostérien dans le corps ciliaire, il donnera naissance à une irido-cyclite zostérienne et par suite, soit l'hypotension (*Horner*), soit l'hypertension (*Morax, Rollet*).

CHAPITRE IV

Diagnostic et Pronostic.

Les iritis au cours du zona ophtalmique survenues secondairement à un ulcère cornéen devenu infectieux, se manifestent par des symptômes banals d'inflammation irienne: vascularisation anormale du segment antérieur, changement de couleur de l'iris, myosis, un léger trouble de l'humeur aqueuse, synéchie postérieure, que quelques gouttes d'atropine rompent facilement. En pratiquant l'éclairage oblique et en s'aidant de la loupe, on reconnaîtra sur la cristalloïde antérieure de petites taches brunâtres ou noirâtres, dont la disposition plus ou moins nettement circulaire correspond au bord de l'iris avant la dilatation, ce sont les dépôts pigmentaires ; enfin le trouble visuel, photophobie, douleur. *En outre l'anesthésie cornéenne est constante.*

Il n'en est pas de même lorsque l'iritis survient seule en dehors de toute lésion cornéenne. Cette iritis nettement zostérienne s'accompagne d'un cercle péricératique à peine dessiné ; elle est latente.

M. le Professeur Rollet la compare à l'iritis syphilitique secondaire précoce à un double point de vue : sa forme clinique identique, caractérisée par l'allure insidieuse, et son apparition essentiellement liée à la poussée exanthémateuse.

Il faut toujours au cours du zona surveiller l'ophtalmotonus, car dans les cas d'irido-cyclite en outre de la précipitation sur la face postérieure de la cornée (descémétite, on observe souvent soit de l'hypotension, soit de l'hypertension. Cette modification de la tension oculaire se constate facilement par le palper digital; mais pour plus de précision il faut se servir d'un appareil d'usage courant, tel que *le tonomètre de Schiötz*.

L'éruption caractéristique du zona ophtalmique, la douleur, etc., facilitent le diagnostic des iritis zostériennes; et en cas de lésions cornéennes du zona ophtalmique, causées par un trouble irritatif du trijumeau, on éliminera facilement la kératite neuro-paralytique, décrite par M. de Lapersonne sous le nom de *syndrome oculaire neuro-paralytique*. Dans ces cas pas de douleurs, pas d'éruption cutanée. Outre l'insensibilité cornéenne ulcère torpide, sans aucun phénomène réactionnel, ophtalmomalacie.

Dans les diverses phlycténoses cornéennes la douleur est superficielle, causée par la mise à nu des fibrilles nerveuses intra-épithéliales; elle est calmée par une simple instillation de cocaïne. Jamais d'anesthésie cornéenne dans la kératite phlycténulaire, dans l'ulcère infectieux, la kératite bulbeuse avec plissement épithélial.

Les manifestations oculaires assombrissent le pronostic du zona, d'autant plus que les lésions oculaires ne manquent presque jamais.

A part les iritis bénignes, dont le pronostic est essentiellement lié au diagnostic précoce, il faut toujours craindre des complications graves, qui ne sont que des conséquences d'une iritis bénigne, négligée. Cette iritis grave est le plus souvent une complication, dont il n'est pas toujours facile de se rendre compte, étant donné la difficulté parfois très grande et même l'impossibilité d'examiner l'iris, la cornée étant atteinte d'opacification plus ou moins complète.

Le pronostic est assombri non seulement par le fait que les ulcérations cornéennes peuvent s'infecter secondairement et aboutir à l'irido-cyclite, à la perforation, au glaucome secondaire, à la suppuration du globe, à l'atrophie, mais encore *par apparition d'une iritis grave, primitive, compliquée d'irido-cyclite, sans aucune lésion superficielle et aboutir à l'ophtalmomalacie, à l'atrophie* (ce qui est relativement rare), *et au glaucome secondaire*. Ensuite une iritis suppurée peut se terminer par panophtalmie.

CHAPITRE V

Traitement.

Le traitement du zona ophtalmique consiste en attouchements des ulcérations au bleu de méthylène à 1/1000, , à la pommade, à l'ichthyol ou au rouge écarlate à 1/200, compresses d'eau bouillie.

La cornée doit être surveillée attentivement. M. le Professeur Rollet a montré que l'instillation d'un collyre au bleu de méthylène constitue la méthode préventive de toute complication cornéenne. L'attouchement à la teinture d'iode et les injections sous-conjonctivales seront réservées au cas d'ulcère déclaré.

Les iritis seront traitées par les collyres à l'atropine ou la duboisine, pour prévenir les synéchies ; mais chez les vieillards cette médication étant hypertensive, elle doit être surveillée et même remplacée par de la pilocarpine.

Les névralgies seront calmées par l'antipyrine, l'aspirine, le pyramidon ; en somme tous les nervins.

Enfin, M. le Professeur Rollet indique l'action sédative des rayons X.

Observations.

I. — Iritis zostériennes primitives.

a) *Forme séreuse, plastique, hémorragique*

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur ROLLET)

*Zona ophtalmique gauche, éruption frontale. Cornée intacte.
Iritis torpide avec synéchies.*

D..., homme de 70 ans. Se présente à l'Hôtel-Dieu le 7 novembre 1919 (Clinique ophtalmologique).

Comme antécédents héréditaires, rien à signaler ; comme antécédents personnels, le malade n'a jamais eu de maladie grave. Il signale simplement des douleurs rhumastimales fréquentes et un accident de lithiase rénale qu'il a eu il y a quelques années, mais dont il ne souffre plus.

Au mois d'octobre, vers le 5 ou le 6, à la suite « d'un coup de froid », dit le malade, il s'aperçut le soir même que son œil gauche était, ainsi que les régions avoisinantes, le siège d'une douleur spéciale, de cuisson et de gonflement. Le malade se coucha aussitôt et eut un peu de fièvre. L'œdème s'étendit à toute la région périorbitaire supérieure, les douleurs étaient intenses.

Le lendemain, il y a eu une éruption de vésicules d'herpès sur la région frontale gauche, depuis le rebord supérieur

de l'orbite jusqu'au vertex, mais ne dépassant pas la ligne médiane et n'empiétant pas sur le côté opposé ; il n'y en avait pas sur la région jugale et il n'y avait pas de troubles de la vision. Le malade signale seulement que son œil pleurerait un peu plus que celui du côté voisin et qu'il avait un peu de coryza. Le malade fut conduit à la Croix-Rousse, fut soigné par l'application de trois sangsues sur la région temporo-molaire et par de l'aspirine. Il resta trois semaines dans cet hôpital, pendant lesquelles les douleurs très intenses se calmèrent un peu, mais ne disparurent pas ; les vésicules donnèrent un liquide citrine, furent pansées, et lorsque le malade sortit, les douleurs n'avaient pas complètement cédé, mais, du moins, le gonflement était beaucoup moins important.

Le 7 novembre 1919, il entre dans le service de M. le Professeur Rollet, où l'on constate un zona typique, avec la trace de l'éruption qui desquamait et la pigmentation de la peau dans la région intéressée.

A cette époque, on ne notait rien du côté du globe oculaire, si ce n'est une synéchie irienne. Rien à la cornée. On se borna à mettre quelques gouttes de bleu de méthylène dans l'œil ; le malade resta un mois dans le service et, à sa sortie, les douleurs subsistaient toujours.

Depuis sa sortie, il vient à la consultation tous les huit jours ; on continue les instillations de bleu de méthylène.

12 janvier 1920. — On constate au premier abord, toujours la coloration plus marquée de la moitié gauche de la tête, dans la région orbito-frontale. Par l'exploration de la sensibilité cutanée, il existe à ce niveau et correspondant exactement à cette zone, un territoire d'anesthésie. Cette anesthésie est complète au niveau du rebord supérieure de la région nasale à gauche, de la partie gauche de la région intersourcilière. A mesure que l'on remonte le long de cette bande cutanée, de bas en haut, on constate que cette anesthésie va un peu en s'atténuant et que vers la partie postérieure, elle fait place à de l'hypoesthésie où le malade dit sentir davantage. L'exploration par la chaleur et le froid montre que ces modes de sensibilité sont retardés. Donc, territoire d'anesthésie des rameaux frontaux, externe et interne, et des rameaux nasaux du frontal externe,

Les douleurs sont très peu accusées.

Œil droit : néplébion paracentral.

Œil gauche : légère injection conjonctivale de la partie supérieure et inféro-externe. Abolition du réflex cornéen de ce côté.

Cercle périkeratique bien marquée. Synéchies à VIII h. et à VI h. Iritis torpide.

V = 1/4 pour l'œil droit. V = 1/3 pour l'œil gauche.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur ROLLET)

*Zona ophtalmique gauche. Eruption fronto-naso-temporale.
Iritis zostérienne.*

G..., femme de 60 ans, ménagère. L'affection remonte à 15 jours. Le début s'est manifesté par une céphalée violente et par une éruption fronto-naso-temporale, sous forme de papules remplies d'une sérosité jaunâtre. Actuellement, 17 juin 1913, nous constatons des croûtes noirâtres sur le territoire de l'éruption.

La paupière supérieure est très tuméfiée. La conjonctive est très injectée ; la pupille est déformée.

OBSERVATION III

(PACTON)

Zona ophtalmique. Iritis séreuse.

Homme de 62 ans. Septembre 1876. Zona ophtalmique avec sensibilité exagérée de la moitié gauche de la tête. Iritis séreuse droite. Légère dilatation de la pupille. Névralgies. Dents cariées, Opacité du cristallin gauche.

OBSERVATION IV

(PACTON)

Zona ophtalmique. Kératite. Iritis séreuse.

Femme, 35 ans, 12 mars 1877. Zona ophtalmique du côté droit. Kératite ponctuée, iritis séreuse, cornée sensible, anesthésie disséminée du front et du nez. Les douleurs se montrent à trois semaines.

OBSERVATION V

(HYBORD)

Zona frontal. Iritis sans altération de la cornée.

Garçon de 22 ans. Août 1868. Eruption sur le front, le sourcil ; peu ou pas de vésicules sur la paupière supérieure. Deux ou trois vésicules sur le côté du nez ; un près de la pointe. Le quatrième jour, iritis légère.

L'iritis se dilatait irrégulièrement avec l'atropine, mais l'atropine parvient à surmonter les adhérences. Plus d'un mois après, la conjonctive est encore rouge, ainsi que la région ciliaire de la sclérotique.

OBSERVATION VI

(HYBORD)

Zona frontal avec iritis sans altération de la cornée.

Homme de 32 ans, 5 mai 1867. Bonne santé, soldat libéré, actuellement garde de nuit. Etant dans le service, soudainement, très violente douleur du front à gauche et de ce côté de la tête, peu après apparaît l'éruption. La douleur augmenta alors beaucoup, pour diminuer et presque disparaître au moment de la vésication.

Eruption sur : la moitié gauche du front, la paupière supérieure ; quelques vésicules sur le côté gauche de la pointe du nez. Huit jours après le début, la vision de l'œil gauche diminua beaucoup. Il ne pouvait lire que les grosses lettres.

Le 5 juin, le malade entre à l'hôpital ; iris décoloré, pupille petite, irrégulière ; forte synéchie ; l'atropine change très peu la forme de la pupille. Les douleurs névralgiques sont revenues et elles persistent, sous forme d'accès violents, jusqu'au 26, jour de sa sortie. Larmolement. Entre les cicatrices, la peau est congestionnée et rouge ; les cicatrices sont presque anesthésiques.

OBSERVATION VII

(HYBORD)

Zona frontal. Iritis sans altération de la cornée.

Homme de 35 ans, habituellement bien portant, sujet l'hiver à des douleurs rhumatismales.

Février 1868, pendant un voyage au sud de l'Angleterre, il fut exposé aux intempéries d'une saison rigoureuse. Violente douleur sur le front, le cuir chevelu, le sourcil surtout, la paupière supérieure, la pointe du nez du côté droit. Gonflement des paupières. Un mois après le début de l'affection, ce malade qui paraît épuisé entre à l'hôpital. La peau du front est encore œdémateuse, couverte de cicatrices irrégulièrement distribuées, presque anesthésiques, tandis que la peau qui les entoure est très sensible. Pupille irrégulière, plutôt dilatée, paresseuse, semblant libre d'adhérences. Vision affaiblie, il ne peut lire au-dessous du n° 12 Snellen. Rien à l'examen ophtalmoscopique. Ptosis de la paupière supérieure, léger degré de strabisme externe.

Accès de douleurs névralgiques très violentes qui persistent pendant quelques semaines ; au bout de ce temps, l'état de l'œil est peu changé, les douleurs cédèrent à l'administration de la quinine, aux frictions d'aconit. La ptosis devient beaucoup moins apparente.

OBSERVATION VIII

(SASPORTAS)

Zona frontal gauche. Hémorragie de la chambre antérieure

M. X..., officier de marine, 50 ans. Bonne santé antérieure, ni syphilis, ni tuberculose.

Le 30 juillet 1912, apparition d'un zona frontal gauche dans la région sus-orbitaire, très douloureux, avec tuméfaction intense de la paupière gauche. Rien à la cornée.

Le 13 août, on constate l'existence d'une abondante hémorragie remplissant les deux tiers de la chambre antérieure : cornée complètement anesthésiée, pas de trace d'ulcération, Iris de couleur rouge, avec ecchymoses, caillots hémorragiques.

L'état général est bon, ni sucre, ni albumine.

Quelques jours après, iris toujours ecchymotique, tension au-dessus de la moyenne. Résorption lente en trois semaines.

Vers la partie centrale de la cornée, opacité, iris dilaté, anesthésie cornéenne persistante.

Le 9 octobre, leucome peu étendu.

Le 20 décembre, irido-cyclite et absence de tension. L'œil a à ce moment, l'aspect d'un globe oculaire évoluant vers la phtisie. Cornée plus petite, œil diminué de volume et paraissant enfoui dans l'orbite.

Etat stationnaire jusque'en juin : même diminution du volume du globe oculaire et hypotonie toujours très marquée. On traite alors le malade par des injections de cyanure de mercure intra-veineux. La tension oculaire remonte après six piqûres.

b) *Formes compliquées (Hypertonie, hypotonie, segmentite antérieure)*

OBSERVATION IX

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique gauche. Eruption fronto-temporale. Anesthésie cornéenne. Iritis avec hypertension.

M..., femme de 66 ans. Rien à noter comme antécédents héréditaires ; comme antécédents personnels, diphtérie à 30 ans, suivie de paralysie du voile du palais, ayant duré six mois. A eu une hémiplégie en 1914, avec paralysie du bras et de la jambe gauche, paralysie qui a duré trois semaines.

L'affection a débuté le 1^{er} juin 1920 ; la malade raconte que son affection a débuté par des douleurs de l'œil et une éruption sur le front et la tempe gauche. Elle a consulté un médecin qui l'a envoyée à l'Hôtel-Dieu, où elle s'est présentée le 12 février pour de violentes névralgies à siège sous-orbitaire, sus-orbitaire et temporal ; elle dit que sa vision à gauche a été très diminuée, surtout pendant un jour ou deux, ne se souvient pas d'avoir eu d'éruption sur l'œil.

La paupière supérieure est peu distendue, il y a de la conjonctivite, de la photophobie. Pas de trouble de la cornée, anesthésie cornéenne. Pas de cercle péricératique.

Iris à moitié dilaté, contour pupillaire irrégulier, synéchies postérieures.

Pas de troubles moteurs, si ce n'est un peu de paresse du droit inférieur.

Acuité visuelle : O. D. = I ; O. G. = $\frac{1}{8}$.

Examen du fond de l'œil : la coloration est moins marquée que normalement ; pas de tension.

Le 16 février : même état de l'œil, mais O. D. T. = 22 ; O. G. T. = 50.

Le 22 mars : Etat un peu meilleur,

OBSERVATION X (1)

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

Iritis glaucomateuse compliquant un zona ophtalmique.

Colomb. M..., 66 ans, entre à la clinique ophtalmologique pour un zona ophtalmologique gauche. A noter une paralysie diphtérique du voile et des muscles masticateurs, il y a trente ans.

En 1914, petit ictus suivi d'hémiplégie gauche.

Au début de janvier 1920, apparition d'un zona ophtalmique gauche typique, accompagné de violentes douleurs. Elle entre le 12 février. L'éruption est guérie et ne se traduit plus que par les cicatrices pigmentées. La cornée est saine. L'iris est terne, la pupille étroite et irrégulière, bridée par des synéchies postérieurs. L'œil est dur, la tension mesurée au Schiotz est de 22 mill. de Hg. à droite et de 55 mill. de Hg. à gauche. Milieux troubles. Douleurs atroces au niveau de l'œil et de tout le territoire de l'éruption, coexistant avec une hypoesthésie de la cornée et de toute la région.

La radiothérapie a eu une action sédative sur la douleur.

OBSERVATION XI

(MORAX)

Zona ophtalmique gauche avec iridocyclite et glaucome secondaire.

F... Jean, âgé de 71 ans, se présente à la consultation ophtalmologique de Lariboisière, le 15 novembre 1904, pour des troubles de l'œil gauche.

(1) Malade présenté à la Société d'Ophtalmologie de Lyon par M. le Professeur Rollet et M. le Docteur Bussy, en mars 1920.

Antécédents héréditaires : Son père est mort à 78 ans d'une affection broncho-pulmonaire ; sa mère a vécu jusqu'à 86 ans ; elle avait eu neuf grossesses et élevé six enfants très bien portants.

Antécédents personnels : Le malade dit avoir eu deux fois la fièvre typhoïde à 13 ans et à 22 ans. Il n'a pas le souvenir d'avoir eu des accidents vénériens et sa santé a toujours été assez bonne jusqu'à la fin de septembre 1904.

A cette époque, il a été pris assez brusquement dans l'après-midi d'une sensation douloureuse oculaire et péri-oculaire et de douleurs de tête. Simultanément apparaissait sur la région du sourcil et la moitié gauche du front une éruption constituée par des placards rouges recouverts de vésicules. Cette éruption ne disparut qu'après cinq semaines, laissant des cicatrices déprimées encore visibles actuellement. Les douleurs n'ont jamais été très violentes ; le malade les compare à des piqûres d'aiguilles se reproduisant par accès de 5 à 10 minutes après un calme d'une heure environ. Le traitement prescrit alors a consisté en lotions boriquées et en applications de pommade à l'oxyde de zinc.

Le trouble visuel survenu dès le premier jour a persisté depuis et s'accompagne d'une sensation de brouillard. Depuis le commencement du mois, il instille de l'atropine dans l'œil gauche sur le conseil d'un confrère spécialiste. Ne se sentant pas amélioré, il vient à l'hôpital et voici ce que nous constatons.

Sur la moitié gauche de la région frontale, la tête du sourcil et jusqu'au niveau de la limite postérieure de la région pariétale, on constate des cicatrices déprimées légèrement pigmentées et vasculaires ; ce sont là des cicatrices typiques de zona ophtalmique.

D'ailleurs, deux autres signes continuent le diagnostic : c'est, d'une part, une sensibilité douloureuse très nette à la pression au niveau de l'émergence des nerfs sus-orbitaire, temporale externe et nasale interne. D'autre part, si la sensibilité tactile et douloureuse n'est pas modifiée dans le territoire de l'ophtalmique, la sensibilité thermique est nettement diminuée dans cette même région.

Du côté de l'œil gauche, on constate des modifications manifestes : c'est, d'une part, une vascularisation scléro-

conjonctivale modérée sans modification superficielle, sans perte de substance épithéliale. La cornée paraît néanmoins un peu moins transparente que celle de droite ; à la loupe, on reconnaît facilement la raison de ce trouble léger résultant d'un dépôt de précipité à la face postérieure de la cornée. La pupille est dilatée, et laisse voir sur la cristalloïde antérieure d'assez abondants dépôts pigmentaires. Ces dépôts rendent difficile l'exploration du fond de l'œil. La tension de l'œil gauche est nettement plus élevée. T + 2 avec + I. D. V. = 5/50.

Le champ visuel est normal.

L'œil droite est absolument normal avec + I. D. V. = 5/7,5.

On pose le diagnostic de glaucome secondaire à l'iridocyclite liée ou zona ophtalmique et l'on prescrit des instillations de pilocarpine (solution à 1/50 instillée 4 fois par jour).

Sous l'influence de la pilocarpine, les symptômes s'amendent et l'acuité visuelle de l'œil gauche s'améliore notablement.

25 novembre. — O. G. + I. D. V. = 5/15. Néanmoins, la tension reste au-dessus de la normale. Malgré les instillations de myotiques et l'état ne se modifiant pas, on pratique, le 21 décembre, une iridectomie antiglaucomateuse de l'œil gauche avec anesthésie cocaïnique. Incision sclérale avec la lance à 1 mm. 5 en arrière du limbe. Excision de l'iris en deux temps sur une longueur de 2 millimètres.

Les suites de l'opération sont normales et lorsque le malade quitte le service le 3 janvier 1904, on note que la cornée a repris sa transparence normale, que l'œil n'est pas douloureux et que sa tension est revenue à la normale. Après correction d'un léger astigmatisme opératoire, l'acuité de l'œil gauche est de 5/10.

Cet état satisfaisant s'est maintenu pendant l'année 1904. En mars 1905, il revient à l'hôpital pour une poussée nouvelle de cyclite de l'œil gauche avec trouble visuel accusé. De l'œil gauche il ne compte les doigts qu'à quatre mètres. Néanmoins la tension est normale. L'œil est douloureux et sensible à la lumière. On prescrit des frictions mercurielles et en un mois les phénomènes de cyclite s'amendent et

l'acuité visuelle s'améliore tout en restant néanmoins très inférieure à ce qu'elle était avant (V. = 5/20).

Une petite poussée nouvelle de courte durée se produit encore en juin 1905. La tension de l'œil gauche est normale.

Nous perdons de vue le malade jusqu'en juillet 1911. L'œil droit est resté normal ; l'œil gauche conserve une tension normale, mais le cristallin s'est partiellement opacifié et de cet œil le malade ne peut compter les doigts qu'à un mètre.

OBSERVATION XII

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique. Irido-cyclite et ophtalmomalacie

A... Louis, 45 ans, journalier. Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Le malade a passé quinze ans aux colonies, a eu le paludisme. Chancre syphilitique de la verge en 1904. Gomme du voile du palais avec perforation en 1912.

En 1918 sont apparus, en même temps que des douleurs violentes à siège fronto-pariétal gauche, des accidents cutanés encore visibles à l'entrée du malade dans le service. Depuis 1918, le malade a eu de fréquentes crises douloureuses, durant huit à dix jours, suivies d'accalmies d'un à deux mois, et s'accompagnant de poussées éruptives localisées comme les douleurs à la moitié gauche de la tête.

Au cours de l'automne 1922, ces crises douloureuses et les poussées éruptives augmentent d'intensité.

Le malade entre le 22 mars à la clinique de M. le Professeur Rollet pour « troubles cornéens ».

A l'examen, on constate, au niveau des régions frontale et pariétale gauche, une éruption cutanée formée uniquement de croûtes. La zone occupée par cette lésion est nettement délimitée en dedans par la ligne médiane. Aucune modification du côté droit. En arrière les lésions s'étendent jusqu'à une ligne transversale passant par le sommet de la tête ; en bas et avant on ne trouve pas de croûtes sur la région frontale, mais on note à cet endroit la présence de cicatrices mul-

tiples et blanchâtres occupant la région frontale gauche, alors que la région droite symétrique en est dépourvue. Aucun élément éruptif sur la joue.

L'interrogatoire du malade révèle que les lésions croûteuses seules observées actuellement sont consécutives à des vésicules qui se sont desséchées.

Par l'examen de la sensibilité du sujet, il est facile de voir qu'il existe une anesthésie à peu près complète dans le territoire du nerf ophtalmique gauche et du nerf maxillaire supérieur du même côté. Les zones anesthésiques sont nettement limitées en dedans par la ligne médiane et au niveau des territoires correspondants du côté droit la sensibilité est normale. La cornée, les conjonctives et les paupières gauches sont anesthésiées : les piqûres et contact n'amènent aucune réaction.

Aucun signe de paralysie faciale.

O. D. = $\frac{2}{3}$ absolument normal

O. G. = $\frac{1}{100}$

L'œil présente au niveau de la cornée des ulcérations superficielles centrales et périphériques au nombre de quatre.

Ces ulcérations prennent la fluorescéine et paraissent superficielles. Il existe, en outre, des opacités qui paraissent un peu plus profondes mais n'occupant pas toute l'épaisseur de la cornée.

Pupille en myosis.

Après dilatation à l'atropine on aperçoit sur la cristalloïde antérieure des dépôts pigmentaires ; il y avait aussi une synéchie postérieure à 9 heures, qui s'est rompue sous l'influence des mydriatiques.

Cataracte polaire antérieure.

Le fond d'œil paraît normal.

De plus, deux faits sont à signaler : tout d'abord *une hypotonie extrême de l'œil gauche*, dont on peut se rendre compte à la palpation, mais que le tonomètre de Schiötz rend encore plus évidente :

Tension O. G. = 9.

Tension O. D. = 18

(Ces mesures ont été faites avant l'atropinisation.)

Il faut signaler en outre l'aplatissement de la cornée gauche que l'on peut voir en regardant la cornée de profil et que l'on peut mesurer à l'exophtalmomètre :

O. D. = 14

O. G. = 12

La cornée est devenue aplatie et sa surface est tellement irrégulière qu'il est impossible de mesurer et de déterminer l'astigmatisme : les mires de l'ophtalmomètre de Javal étaient complètement brouillées et devenues méconnaissables.

Examen général du malade :

Réflexivité pupillaire de l'O. D. normale à la lumière, à l'accommodation et à la convergence.

Réflexes rotuliens vifs. Pas de Babinski ni de trépidation épileptoïde.

A part les zones d'anesthésies ophtalmique et maxillaire supérieur gauche le reste du tégument cutané est d'une sensibilité normale.

Rien à signaler au niveau des poumons et du cœur.

Au niveau du voile du palais, à gauche, il existe une large perforation remontant à 1912.

L'examen du nez et des sinus ne montre qu'une légère rhinite. Sinus frotal et maxillaire sains.

Le 27 avril 1923, le malade a été traité par des injections intraveineuses de Néo-Salvarsan et par l'iodure de potassium.

De plus il a été atropinisé. Sous l'influence du traitement par les mydriatiques la tension semble avoir remonté.

Réaction de Wassermann négative.

OBSERVATION XIII (Inédite, Résumée)

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Segmentite antérieure consécutive à un zona ophtalmique droit

I... Pierre, employé, 45 ans, se présente à la clinique de M. le Professeur Rollet, le 27 juin 1923. Il est atteint d'un zona ophtalmique régressif droit, datant du 2 avril 1923. A ce moment éruption zostérienne avec douleur, mais sans fièvre ni alitement.

O. G. V. = avec sph + 2 D.

O. D. V. = 1/8.

Epithélium antérieur normal.

A l'examen au microscope de Gullstrand : opacification interstitielle de la cornée, avec dépôt pigmentaire sur la membrane de Descemet.

Irrégularité irienne sans synéchies postérieures.

II. — Iritis infectieuses au cours du Zona ophtalmique.

OBSERVATION XIV

(Service de M. le Professeur ROLLET et Thèse de DUMÉRY)

Zona ophtalmique droit compliqué d'hémiplégie alterne à forme sensitive. Conjonctivite ; kératite ulcéreuse et leucome. Irido-cyclite plastique et synéchies postérieures ; d'origine infectieuse.

O... Marie, 51 ans, tisseuse, entre, le 30 mars 1896, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Père mort à 40 ans d'apoplexie cérébrale ; mère morte très âgée ; onze frères ou sœurs, dont sept morts en bas âge, les autres vivent encore.

Paralysie spinale infantile à l'âge de quatre ans, ayant laissé le membre inférieur gauche presque impotent, très atrophié avec pied-bot en varus équin. Régée à 20 ans, l'est encore actuellement. Depuis l'âge de 20 ans, la malade est sujette à des fortes migraines. Mariée, la malade n'a pas eu d'enfants. Il y a quatre mois, anthrax de la nuque soigné à l'hôpital de la Croix-Rousse ; ni sucre ni albumine dans les urines.

Il y a trois semaines, après de vives contrariétés et au moment de ses règles, la malade éprouva subitement des douleurs très intenses du côté droit de la tête, douleurs qui s'accompagnèrent très rapidement d'un œdème dur de toute la région, mais localisé surtout à la joue et à la lèvre. Au bout de huit jours, apparurent des phlyctènes très nombreuses contenant de la sérosité. Celles-ci étaient localisées à la région droite du front, empiétaient de 8 à 10 centimètres sur le cuir chevelu et occupaient le côté droit du nez sur la

moitié de sa hauteur. Elles s'arrêtaient exactement à la ligne médiane du front et du nez. Enfin on trouvait aussi l'éruption caractéristique en avant et en dehors de l'os malaire et au niveau de la tempe jusque dans ses parties pileuses. En même temps que l'éruption apparaissait, l'œil devenait rouge, douloureux et larmoyant.

Actuellement (30 mars 1896) les douleurs sont peu vives, et la sensibilité tactile est diminuée sur le territoire de l'éruption où l'on voit encore quelques croûtes disséminées. Sur l'œil droit, on note plusieurs petites ulcérations sur la demi-circonférence inférieure nette. L'injection conjonctivale est intense dans le cercle péricératique net. L'iris réagit bien. Photophobie assez intense. Sensation de picotement au niveau de l'œil. Bon état général.

5 avril. — Dans l'après-midi, la malade, à la suite d'un léger ictus, tombe frappée d'hémiplégie gauche, et, trois heures après le début de l'attaque, les membres supérieur et inférieur gauches sont complètement paralysés. La langue est fortement déviée du côté gauche ; la tête regarde du côté sain. La bouche est déviée à droite ; à gauche, la joue est flasque et abaissée, la parole est lente et embarrassée.

7 avril. — La malade se sent un peu mieux. On fait passer la malade dans le service du Docteur Mollière.

22 novembre 1896. — Pas de paralysie faciale ; la malade peut imprimer à ses membres supérieur et inférieur gauches de légers mouvements. La malade nous dit que depuis très longtemps elle n'a constaté aucune amélioration dans son état. Pas de contracture ; les réflexes tendineux sont abolis à gauche. Légère hyperesthésie à la piqure dans la moitié droite de la face et du cou. La malade nous dit qu'elle sent mieux et plus vite à droite. Pour les membres et le tronc, il semble que la piqure soit un peu mieux sentie à gauche qu'à droite ; mais la différence est moins nette qu'à la face. Mêmes troubles de la sensibilité à la chaleur et au froid. Pas de paralysie des sphincters.

Les radiales sont un peu dures ; rien au cœur ; pas d'albumine dans l'urine.

Au niveau de la fosse temporale droite et sur la partie droite du front, on remarque quelques cicatrices blanchâ-

tres, déprimées, traces de l'ancienne éruption. Au niveau du trou sus-orbitaire et de la queue de sourcil, les cicatrices sont plus nombreuses et confluentes. La malade se plaint de vives démangeaisons au niveau du sourcil et de la fosse temorale et souvent elle est obligée de se frotter avec son drap.

L'examen de l'œil révèle les lésions suivantes : la conjonctive est fortement injectée ; sur la cornée, dans sa demi-circonférence inférieure, on constate la présence d'un vaste leucome arrondi, de couleur crayeuse, à bords un peu flous, qui est la trace de l'ancienne ulcération cornéenne. A l'éclairage oblique, on remarque que ce leucome est vascularisé et complètement recouvert par le vernis épithélial. Légère injection pèrikératique dans la région du leucome. La chambre antérieure que l'on peut explorer par la partie restée transparente de la cornée a conservé sa profondeur. La pression au niveau de la zone ciliaire réveille une douleur assez vive. L'iris, de coloration à peu près normale, ne réagit pas à la lumière et très peu à l'action de l'atropine. Cependant, quelque temps après l'instillation de plusieurs gouttes d'une solution forte d'atropine, on remarque que la pupille, quoique s'étant très peu dilatée, est devenue un peu irrégulière. Le centre de la pupille est occupé par un dépôt blanchâtre qui est dû très probablement à des exsudats. En présence de ces lésions, nous pensons que la malade a présenté une irido-cyclite plastique ayant déterminé la production d'exsudats au niveau de la pupille et la formation de synéchies postérieures presque totales empêchant l'iris de se dilater et rendant la pupille irrégulière.

La vision est fortement gênée par le leucome et aussi par la présence des exsudats au centre de la pupille. La malade ne peut distinguer les doigts qu'à 0 m. 10 environ.

La sensibilité de la cornée et de la conjonctive recherchée à l'aide d'un fragment d'étoffe promené sur l'œil, est à peu près normale.

OBSERVATION XV

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Zona ophtalmique droit. Eruption ancienne de la région fronto-temporale. Ulcère cornéen, iritis secondaire

F..., homme âgé de 69 ans. Le malade dit avoir toujours joui d'une bonne santé ; pas d'antécédents héréditaires ou personnels intéressants à signaler.

Le malade entre dans le service le 10 mai 1907, pour une affection qui a débuté au mois de mars dernier. Il raconte qu'il fut pris brusquement pendant son travail de douleurs dans la moitié droite du crâne, les douleurs avaient leur maximum dans l'orbite et de là s'irradiaient dans la moitié droite du crâne.

L'œil était rouge, enflammé et sécrétait des larmes en abondance. Les douleurs devenant de plus en plus violentes, l'obligèrent, trois jours après, à cesser tout travail. A ce moment le malade constata que la région droite de son crâne était enflammée et couverte d'une éruption ; le front était le siège de cette éruption, l'œil était douloureux et la lumière lui causai de ce côté une impression très pénible. Le malade fut traité par compresses d'eau bouillie et d'amidon.

On note sur la moitié correspondante du front et du crâne une coloration brunâtre, formant un très grand nombre de petites taches serrées : le malade étant chauve, cette particularité frappe encore davantage. Quelques taches s'étendent dans la région temporale, jusqu'à l'arcade zygomatique. Rien du côté du nez.

Depuis quelques semaines, les douleurs sont moins fréquentes, mais continuent cependant à se manifester par intervalles. Depuis longtemps, d'ailleurs, l'éruption a disparu et il ne reste plus que des cicatrices et des taches pigmentées dont nous avons parlé. Anesthésie dans toute la région atteinte.

A l'œil, douleur du globe, vision très diminuée, le malade ne voit les objets qu'à travers un brouillard ; photophobie.

Ulcère cornéen médian. L'iris est terne, la pupille rétrécie et déformée. En outre, on constatait une lunule de pus de la chambre antérieure ; ce pus a disparu facilement à la suite d'injection de bleu.

Enfin, l'anesthésie cornéenne est complète.

OBSERVATION XVI

(Service de M. le Professeur ROLLET.)

Zona ophtalmique droit. Eruption, iritis, kératite profonde.

P... Augusté, 77 ans, tailleur de pierres, entre à la clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet le 5 novembre 1906.

On ne note rien de particulier dans les antécédents héréditaires du malade. Son père et sa mère sont morts âgés. Il avait une sœur qui est morte à 9 ans d'affection indéterminée. Il a fait 7 ans de service militaire et n'a jamais eu de maladies sérieuses. Il nie la syphilis. Il avoue d'avoir bu pendant longtemps jusqu'à 5 litres de vin par jour, mais jamais de liqueurs ni d'absinthe.

L'affection pour laquelle le malade vient à l'Hôtel-Dieu a débuté les derniers jours du mois de septembre.

Il était assis un soir sous les arbres, quand, brusquement il éprouva une douleur violente dans la moitié droite de la tête et principalement au niveau de la région orbitaire. Il compare cette douleur à un coup de couteau, et l'attribue à l'action du froid.

48 heures après le début de la douleur, la moitié droite du crâne et du front se couvrit de plaques rouges sous lesquelles apparurent bientôt de petites vésicules. C'est alors qu'il vient à la consultation.

Les douleurs du début sont toujours extrêmement violentes et ne laissent pas au malade une minute de repos.

On est de suite frappé par la présence sur le front et le cuir chevelu, de nombreuses vésicules se réunissant par groupes et exactement limitées à un seul côté ; l'éruption s'arrête exactement sur la ligne médiane. En arrière, elle s'étend jusqu'à la ligne bimastoïdienne. En avant, elle occupe toute la tempe du côté droit, la paupière supérieure et la face droite du nez. Rien à la paupière inférieure.

Les vésicules ne tardent pas à éclater et donnent issue à un liquide citrine. Rapidement elles se couvrent de croûtes et se dessèchent.

Les phénomènes du côté de l'œil droit se montrèrent en même temps que l'éruption cutanée. Rapidement la paupière supérieure est gonflée, œdémateuse, recouvrant complètement le globe de l'œil qui ne peut être découvert.

Ce n'est que quinze jours après le début des accidents que la paupière peut être relevée. On ne constate alors aucune lésion oculaire bien marquée ; pas d'ulcère de la cornée ; pas de trace de vésicules sur la conjonctive.

La sensibilité est très altérée dans toute la région atteinte par l'éruption vésiculeuse. La piqure n'est pas douloureuse, mais elle le devient dès qu'on dépasse de un demi centimètre environ la ligne médiane.

Actuellement, 5 novembre 1906. Les vésicules ont complètement disparus ; elles ont été remplacées par des cicatrices violacées.

La paupière est normale, mais la conjonctive est très injectée et surtout au niveau du globe oculaire.

La cornée est troublée dans toute son étendue. Les colorants ne permettent pas de décèler une perte de substance ; il n'y a pas d'ulcération. Un examen plus minutieux au microscope, permet de reconnaître des points d'infiltration plus marqués dans le tissu cornéen ; mais c'est une infiltration profonde, parenchymateuse, l'épithélium est intact. La chambre antérieure est normale et ne contient ni pus, ni sang.

L'iritis est un peu décoloré. La pupille très rétrécie, réagit mal à la lumière ; on voit mal le fond le l'œil.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le Professeur ROLLET.)

*Zona ophtalmique droit. Eruption frontale. Chémosis.
Kératite ulcéreuse, suivie de phlegmon de l'œil. Enucléation.*

I., Jean, 61 ans. Entre le 12 novembre 1895 à l'Hôtel-Dieu, service ophtalmologique. (M. Rollet, suppléant de M. Gayet.)
Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a vingt jours, le malade, qui est terrassier, reçoit un éclat de pierre sur le sourcil droit, le malade continua cependant son travail. Cinq jours après, douleurs vives, fulgurantes au niveau du point d'émergence du nerf sus-orbitaire droit, avec irradiations. Le lendemain, rougeur du front et du crâne, suivie d'éruption. Bientôt, apparaissent du larmoiement et une photophobie intense.

Actuellement, quelques bulles sur la moitié droite du crâne et surtout des croûtes.

Paupière rouge, tuméfiée, chemosis intense.

Sur la cornée, petite perforation, par laquelle la chambre antérieure s'est vidée.

Malgré des pansements antiseptiques, phlegmon de l'œil ; pus en petite quantité.

Le 22 novembre, énucléation.

Le 26 novembre, le malade va très bien, douleurs rares.

Le 30 novembre, le malade quitte le service.

Conclusions.

I. — Le zona ophtalmique consiste en une entité clinique, une affection systématisée, unilatérale, caractérisée par une triade symptomatique: éruption, douleur et lésions oculaires.

Les lésions qui intéressent l'œil et ses annexes ne sont pas des complications car, si on les recherche attentivement, elles sont constantes et peuvent être groupées sous le terme de zona oculaire comme l'a proposé M. le Professeur Rollet.

Ce sont les phénomènes multiples du côté de l'iris que nous avons eu l'intention d'étudier.

II. — A l'iris, on observe soit une iritis primitive, soit une iritis secondaire à des lésions cornéennes infectieuses.

L'iritis primitive est nettement zostérienne, il faut parfois la dépister car elle peut être latente. On peut la comparer à l'iritis syphilitique secondaire précoce, dont la forme clinique est caractérisée par une allure insidieuse et dont l'apparition est liée à la poussée

exanthémateuse. Cette iritis peut être légère, elle peut être grave aussi. Elle revêt les formes cliniques d'iritis séreuse, plastique, hémorragique.

L'iritis secondaire ne relève qu'indirectement du zona. La kératite a été primitivement zostérienne, mais secondairement il y a eu des infections par des micro-organismes de la suppuration, et l'iritis est dans ce cas d'origine inflammatoire banale ; ce peut être même une iritis suppurée se terminant par un phlegmon de l'œil.

III. — L'iritis zostérienne peut se compliquer de cyclite. On peut noter des modifications portant sur l'ophtalmotonus ; tantôt on constatera de l'hypotension, une irido-cyclite, tantôt de l'hypertension, un glaucome zostérien. On peut noter aussi une hémorragie de la chambre antérieure.

Nous rapportons une observation inédite de la Clinique Ophtalmologique où d'emblée on observe une segmentite antérieure zostérienne ; la cornée et l'iris ont été frappés par le processus zostérien sans infection surajoutée.

IV. — Les lésions oculaires ont leur source principale au niveau du foyer méningo-gasserien. Les processus toxi-infectieux les plus divers en sont les causes.

Au trouble irritatif radiculaire de la branche de Willis, à étiologie multiple, répondra une éruption zostérienne et dans certains cas une iritis zostérienne.

V. — Le pronostic variera suivant que l'iritis est simple ou avec complications

Quant au diagnostic, il sera assez facile si les phénomènes surviennent au cours du zona ophtalmique.

L'affection oculaire pourra dans certains cas faire rechercher les cicatrices frontales, c'est-à-dire l'existence d'un zona initial antérieur plus ou moins méconnu.

VI. — Le traitement sera celui de toute iritis: instillation de mydriatiques, ou au contraire de myotiques, s'il y a de l'hypertension.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

E. ROLLET

LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 31 Janvier 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

Bibliographie.

- AYENIER. — Méningite zonateuse. (*Thèse Paris*, 1908.)
- BRISSAUD. — La métamérie spinale et la distribution péri-férique du zona. (*Bulletin médical* 1896, page 87.)
- BRISSAUD et SICARD. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours du zona toracique. (*Société Med. des Hôp. de Paris*, 15 mars 1901, page 260.)
- BONER. — Zona syphilitique. (*Thèse de Paris*, 1917.)
- BLOCH et SCHULMANN. — Eruption zostériforme épisod. au cours méning. syphil. (*Soc. Méd. des Hôp.* Juin 1916.)
- DÉSIRAT. — Quelques complications du zona ophtalmique. (*Thèse de Bordeaux*, 1903.)
- DESOBRY. — Le zona ophtalmique chez l'enfant. (*Thèse de Lyon*, 1920.)
- DUPAU. — Zona facial dans paralysie gén. (*Thèse de Paris*, 1898.)
- DE LAPERSONNE et CANTONNET. — Manuel de Neurologie oculaire 1922. (*Paris*, Masson, éditeur.)
- DUMÉRY. — Du zona ophtalmique et de ses manifestations graves. (*Thèse de Lyon*, 1896.)
- GOLDZIECHER. — Ein Fall von Trophoneurosis oculi nach Herpes zoster. (*Wien. Medical Press*, 1897, n° 8.)
- GROSJEAN. — Les diverses théories sur la nature et la pathogénie du zona. (*Gazette des Hôpitaux*, p. 133, 1898.)

- HUTCHINSON. — A clinical report of herpes zoster frontalis s. ophtalmiens in. (*Ophthalmic Hospital Reports*. Vol. V, 1866, party p. 191 et 631.)
- HORNER. — Compte rendu de la Société ophtalmique de Heidelberg in *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1871, p. 326.
- HYBORD. — Du zona ophtalmique et des lésions oculaires qui s'y rattachent. (*Thèse de Paris*, 1872.)
- LANDOUZY. — Fièvre zoster et exanthèmes zost. (*Sem. Médic.* 1883.)
- LÆPER. — Ganglio radiculite zost. tuberculeuse. (*Prog. Méd.* 1911.)
- MORAX. — Les lésions oculaires dans le zona ophtalmique, (*Encyclopédie française d'ophtalmologie*. Tome v, page 848, Paris, 1906.)
- Complications glaucomateuses au cours du zona ophtalmique. (*Annales d'oculistique*, p. 73, 1916.)
- MARGAROT. — Zona et méningite. (*Thèse de Montpellier*, 1910.)
- MONBRUN. — Kératite neuro-paralytique grippale. (*Arch. d'Opht.*, juillet-août, 1919.)
- MAILLET-GUY. — Ophtalmomalacie et zona ophtalmique. (*Th. de Lyon*, 1923.)
- PACTON. — Du zona ophtalmique. (*Thèse de Paris*, 1878.)
- PROUST. — Considération sur l'existence et la nature de la réaction méningée dans le zona ophtalmique. (*Thèse de Paris*, 1920.)
- PIERRON. — Manifestations oculaires du zona ophtalmique. (*Thèse de Lyon*, 1920.)
- ROLLET. — Le zona oculaire. (*Archives d'ophtalmologie*. Juin 1920.)
- Le zona ophtalmologique et zona oculaire. (*Journal de médecine de Lyon*. 20 avril 1921.)
- ROLLET et BUSSY. — Iritis glaucomateuse compliquant un zona ophtalmique. (*Soc. d'ophtalmologie de Lyon*. Mars 1920.)

- SULZER. — Zona ophtalmique. (*Thèse de Paris*, 1898.)
- SICARD. — Oreillons avec zona du trijumeau et lymphocytose rachidienne. (*Soc. Méd. Hôp.*, février 1905.)
- SICARD, ROGET et VERNET. — Le zona de la Face. (*Revue de Neurologie*, 1911, n° 1.)
- SASPORTAS. — Contribution à l'étude du zona ophtalmique. (*Thèse de Paris* 1913.)
- TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine* 1914, Paris, Doin, édit.
- TALAMON. — Zona pneumonique. (*Soc. Méd. Hôp.*, avril 1901.)
- THOMAS (A.). — Les lésions ganglio-radicales du zona. (*Revue neurologique de Paris*, 1907.)
- THOMAS (A.) et HEUYER. — Deux autopsies de zona ophtalmique. (*Soc. Neurologique*, 1912-1913.)
- VEREDAME. — Scléro-kératite et cyclite séreuse avec augmentation de la tension oculaire au cours du zona ophtalmique. (*Annali di Ottalmologia*, p. 772, 1913.)
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre premier. — Aperçu général sur le Zona ophtalmique et ses lésions oculaires	11
Chapitre II. — Les iritis zostériennes et leurs formes cliniques	19
Chapitre III. — Etiologie et Pathogénie.	29
Chapitre IV. — Diagnostic et Pronostic	33
Chapitre V. — Traitement.	36
Observations	37
Conclusions	58
Bibliographie.	61
